



Exmo. Sr. Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 9ª Região – MT/MS/RO/AC – CREFITO-9

REQUERIMENTO DE TRANSFERENCIA DE OUTRO CREFITO

Dr. (a) _____
_____ Inscrito(a) no CREFITO _____ sob
o nº _____, por estar exercendo a profissão em área da jurisdição
do _____ CREFITO-9, e residindo à

Bairro _____, cidade _____
Estado _____, CEP _____, fone(s) _____,
email _____,

Vem mui respeitosamente requerer **TRANSFERENCIA** para este Regional, nos termos da Resolução COFFITO 8/78.

Nestes termos,

Peço deferimento,

_____, _____ de _____ de _____.

(Assinatura)

Anexar:

Original do diploma, carteira e cédula profissional (quando for informado da chegada do prontuário, vindo do CREFITO de origem);

Duas fotografias, formato 3x4 (terno e gravata para os homens).